StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

Erhebungsbogen für das Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader ®" von der Herstellerwebseite verwenden: www.get.adobe.com/reader/

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen, die Antworten werden dann manuell übertragen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: ◯ weiblich ◯ männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: _____

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? _____ kg in welchem Jahr? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? ◯ Nein ◯ Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: _____

Unerfüllter Kinderwunsch ◯ Nein ◯ Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:
◯ ohne Abschluss ◯ Hochschulreife
◯ Hauptschule / Volksschule ◯ anderer
◯ Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?
◯ keine ◯ Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre
◯ noch in Ausbildung ◯ anderer
◯ Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?
◯ nicht erwerbstätig ◯ Hausfrau/Hausmann
◯ Vollzeit (> 35 h/Woche) ◯ arbeitsunfähig
◯ Teilzeit (15 - 35 h/Woche) ◯ berentet
◯ Teilzeit (< 15 h/Woche) ◯ anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter:	◯ Nein	◯ Ja	◯ Unbekannt	
Vater	◯ Nein	◯ Ja	◯ Unbekannt	
Kind(er):	◯ Nein	◯ Ja	◯ Keine Kinder	◯ Unbekannt
Geschwister:	◯ Nein	◯ Ja	◯ Keine Geschwister	◯ Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität) ◯ frei ◯ nur mit Hilfsmitteln ◯ sehr eingeschränkt (immobil)

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	◯ Nein ◯ Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	◯ Nein ◯ Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	◯ Nein ◯ Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	◯ Nein ◯ Ja	☐ CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	◯ Nein ◯ Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	◯ Nein ◯ Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	◯ Nein ◯ Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	◯ Nein ◯ Ja	
Welche:		
Leiden Sie unter Depressionen?	◯ Nein ◯ Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	◯ Nein ◯ Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	◯ Nein ◯ Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	◯ Nein ◯ Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	◯ Nein ◯ Ja	Seit wann: _____

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends

Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.
Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Blinddarmentfernung	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik
Adipositas-Operation in der Vorgeschichte	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____ im Jahr: _____

Operationen am Magen	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen am Darm	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

andere Operationen am Bauch	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)	◯ Nein	◯ Ja, offene OP	oder	◯ Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: _____

Sonstige Operationen:

Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten? ◯ Nein ◯ Ja

Essen Sie nachts? ◯ Nein ◯ Ja

Haben Sie Essanfälle? ◯ Nein ◯ Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag _____

Neben-Mahlzeiten pro Tag _____

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) _____

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1	Abnehmversuch 2	Abnehmversuch 3
◯ Keine	◯ Keine	◯ Keine
◯ Stationäre/Reha	◯ Stationäre/Reha	◯ Stationäre/Reha
◯ andere (ärztlich begleitet)	◯ andere (ärztlich begleitet)	◯ andere (ärztlich begleitet)
◯ Optifast	◯ Optifast	◯ Optifast
◯ Weight Watchers	◯ Weight Watchers	◯ Weight Watchers
◯ Multimodales Therapiekonzept	◯ Multimodales Therapiekonzept	◯ Multimodales Therapiekonzept
◯ andere (nicht ärztlich begleitet)	◯ andere (nicht ärztlich begleitet)	◯ andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr: _____	Jahr: _____	Jahr: _____
Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____	Dauer in Monaten: _____
Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:	Gewichtsverlust in kg:
◯ Keinen	◯ Keinen	◯ Keinen
◯ bis 10 kg	◯ bis 10 kg	◯ bis 10 kg
◯ 11 - 20 kg	◯ 11 - 20 kg	◯ 11 - 20 kg
◯ 21 - 30 kg	◯ 21 - 30 kg	◯ 21 - 30 kg
◯ mehr als 30 kg	◯ mehr als 30 kg	◯ mehr als 30 kg
◯ unbekannt	◯ unbekannt	◯ unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?
◯ Nein
◯ weniger als 1 Stunde pro Woche
◯ 1 bis 2 Stunde pro Woche
◯ mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche _____

Fragebogen zur Lebensqualität (BQL)

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5

10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
a) im Haushalt	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
b) im Beruf ☐ nicht berufstätig	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
c) im Privatleben	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
11. Ich bin selbstsicher	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	**Kein Tag**	**1 - 5 Tage**	**6 - 12 Tage**	**13 - 15 Tage**	**16 - 22 Tage**	**23 - 27 Tage**	**jeden Tag**
a. Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	○	○	○	○	○	○	○
b. Haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	○	○	○	○	○	○	○
c. Hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	○	○	○	○	○	○	○
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	○	○	○	○	○	○	○
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	○	○	○	○	○	○	○

	niemals	**in seltenen Fällen**	**In weniger als der Hälfte der Fälle**	**in der Hälfte der Fälle**	**in mehr als der Hälfte der Fälle**	**in den meisten Fällen**	**jedes Mal**
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? **(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)**	○	○	○	○	○	○	○

	überhaupt nicht		**leicht**		**mäßig**		**deutlich**
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem **Gewicht**?	○	○	○	○	○	○	○
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	○	○	○	○	○	○	○

Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
2. Häufiges Räuspern:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
7. Starker quälender Husten:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	○ 0	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5

RSI - Wert (Total) 0